

常務理事	事務長		担当者

記入例  
住所変更(単身赴任)

## 健康保険被扶養者異動届

必ず  
ご捺印ください

平成 ○ 年 △ 月 □ 日提出

区分 <small>(○で囲むこと)</small>	新規	増加	減少	住所変更							
被保険者 記号番号	記号 <b>15</b>	番号 <b>999</b>	(フリガナ) 被保険者 氏名	(氏) <b>健保</b>	(名) <b>太郎</b>	印	被保険者 生年月日	<b>昭和</b> 平成 ○ ○ 年 △ △ 月 □ □ 日			
被保険者住所	〒 <b>111-2222 東京都〇〇市△△1-2-3</b>					所属	〇〇本部 △△部				
自宅電話番号	<b>1 1 1 1 ( 2 2 2 2 ) 3 3 3 3</b>					内線・外線	<b>1234</b>				

本人の住所

家族の住所

書類は事業主にご提出ください。

被扶養者の氏名 <small>(フリガナ)</small>	性別	生年月日	注② 続柄	注③ 職業	注④ 収入月額	同居 別居	扶養者となった日 扶養者でなくなった日 <small>(必ず記載)</small>	注⑤ 理由	※ 事業主記入欄	※ 健保記入欄 認定年月日	
(氏) (名)	男	昭和 年 月 日				同	平成 年 月 日			平成 年 月 日	
	女	平成 年 月 日				別	平成 年 月 日			平成 年 月 日	
(氏) (名)	男	昭和 年 月 日				同	平成 年 月 日			平成 年 月 日	
	女	平成 年 月 日				別	平成 年 月 日			平成 年 月 日	
(氏) (名)	男	昭和 年 月 日				同	平成 年 月 日			平成 年 月 日	
	女	平成 年 月 日				別	平成 年 月 日			平成 年 月 日	
別居の被扶養者の現住所 自宅電話番号	対象者名	〒 <b>000-0000 □□県〇〇市3-2-1</b>					電話番号	<b>00 0 ( 1 1 1 ) 2 2 2 2</b>			

【収集する個人情報について】本届出に記入された個人情報は、健康保険業務以外には使用いたしません。

／受付日付印／

上記の届について事実と相違ないこと証明いたします。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

平成 年 月 日

日本電子健康保険組合 殿

※事業主控え分のコピーは個人番号を消したものをつけてください 日本電子健康保険組合